2000 FÄLLE

AUS DER

POLIKLINISCHEN TÄTIGKEIT

DER

K. UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK ZU WÜRZBURG.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

HEINRICH CHRIST

AUS

HOHN.

ACAD. LUDOVICIANA BIBL.

WÜRZBURG.

DRUCK VON FRANZ SCHEINER, BUCHDRUCKEREI.

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Univers.-Prof. Dr. Hofmeier.

IN

DANKBARER LIEBE

SEINEN

ELTERN

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549820_0095

Vorliegende Arbeit bildet die zeitliche Fortsetzung einer im Jahre 1897 an der k. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg verfassten Arbeit, die eine zusammenfassende Besprechung einer Anzahl von geburtshilflichen bezw. gynäkologischen Fälle verschiedenster Art in fortlaufender Zeitfolge bildete. Das Material zu gegenwärtiger Arbeit umfasst nun 2000 Fälle der gleichen Art, welche in der Zeit vom 17. Mai 1895 bis 30. Dezember 1902 die ärztliche Hilfe der Poliklinik der k. Universitäts-Frauenklinik in Anspruch nahmen.

Die Gesamtzahl der Fälle lässt sich, zunächst abgesehen von einer geringeren Anzahl von gynäkologischen Fällen, einteilen nach der Häufigkeit ihres Vorkommens in Geburten, Aborte und Wochenbettserkrankungen.

Der ganze Verlauf der Geburt, bestehend in Eröffnungs-, Austreibungs- und Nachgeburtsperiode wurde von der Poliklinik geleitet in 589 Fällen, nach Geburt des Kindes, also zur Nachgeburtsperiode, wurde sie gerufen in 413 Fällen.

Bei 120 Gebärenden bestand beim Eintreffen des Arztes kein Grund mehr zum Eingreifen, sei es, dass kindliche Herzschwäche, Blutung oder Wehenschwäche nicht mehr bestand, sei es, dass der Verlauf der Geburt ganz normal war und infolge dessen der Beobachtung durch die Hebamme überlassen werden konnte. In der Mehr-

zahl dieser Fälle verlief die Geburt in Abwesenheit der Poliklinik spontan ohne jede Störung. Nur in 163 Fällen erlaubte der rasche Verlauf der spontanen Geburt die Beobachtung durch die Poliklinik. Von den Puerperae waren in diesen Fällen:

I. parae	66	VII. parae	6
II. „	24	VIII. „	8
III. „	12	IX. „	3
IV. „	13	X. „	3
V. „	10	XI. „	3
VI. „	9	XII. „	4

das Verhältnis der Erst-, Mehr- und Vielgebärenden ist also 66 : 59 : 36 = 1,83 : 1,67 : 1.

Geboren wurden 163 Früchte. Von diesen lebten 133; frühreif, aber dem Leben erhalten blieben 14. Totgeboren wurden 30, darunter 5 Foetus sanguinolenta, 5 frühreife Früchte, 1 Anencephalus, 1 Kind mit Encephalocele, Hasenscharte, Wolfsrachen und sonstigen Missbildungen.

Die Stellung der Früchte zur Geburt war:

I. Schädellage	88	Summa 163
II. Schädellage	56	
I. Steisslage	3	
I. Gesichtslage	8	
II. Gesichtslage	3	
I. Vorderhauptslage	1	
II. Vorderhauptslage	2	
I. Querlage	2	

Die beiden Querlagen kamen durch Selbstwendung zur spontanen Entwicklung. Bei den Schädellagen kamen eine Vorder- und eine Hinterscheitelbeineinstellung zur Beobachtung.

Das Wochenbett dieser spontanen Geburten verlief, wenn von einigen (5) unerheblichen Temperatursteigerungen, die gewöhnlich am dritten Tage einsetzten, alsbald aber wieder zur Norm zurückgingen, abgesehen werden darf, normal, eine Wöchnerin erkrankte an Salpingo-Oophoritis, eine zweite an Endometritis puerperalis. Aber auch hier trat bei entsprechender Behandlung schon nach einigen Tagen Entfiebrung ein.

Geburtshilfliche Operationen der verschiedensten Art waren notwendig in 1044 Fällen; dieselben verteilen sich wieder auf Eröffnungs- und Austreibungsperiode und auf die Nachgeburtsperiode.

Aus nebenstehender Tabelle (Seite 28) ist Art, Zahl und Indikation dieser Operationen ersichtlich, ferner das Resultat, der Verlauf derselben für Mutter und Kind. Einzelne besondere Vorkommnisse werden weiter unten eingehende Erwähnung finden.

Bei fast sämtlichen in die Nachgeburtsperiode fallenden operativen Eingriffen gab starke Blutung die Veranlassung, und zwar hatte die Poliklinik in 240 Fällen Gelegenheit, durch Entfernung der verhaltenen Placenta die Blutung zu stillen. Dies gelang 170mal durch Exprimieren der Placenta nach Credé, wozu 12 mal Narkose zu Hilfe genommen werden musste. In 170 Fällen konnte trotz forciertem Credé'schen Handgriff die Placenta nicht entfernt werden; hier wurde nun nach peinlicher Desinfektion zur manuellen Ausräumung geschritten. In einem ganz besonders schwierigen Fall, in dem die Placenta überall mit dicken Strängen an den Uterus angewachsen war, mussten diese mit Gewalt zerrissen werden. In 95 Fällen hatte auch die der Blutung vorausgehende Geburt die Hilfe der Poliklinik in Anspruch genommen. Bei 22 Blutungen nach Ausstossung der Placenta waren diese bewirkt worden durch noch fest-

sitzende Placentareste. Nach deren manueller Entfernung stand die Blutung.

Nur in zwei Fällen war vorstehende Behandlung der Nachgeburtsblutungen erfolglos. Bei der einen Gebärenden bestand beim Eintreffen des Arztes schon so hochgradige Anämie, dass trotz energischer Hilfe der Exitus letalis nicht hintangehalten werden konnte; auch bei der zweiten konnte trotz sofortigem Ausräumen des Uterus, trotz heissen Scheidenausspülungen, trotz energischer Massage des Uterus über der eingeführten Faust die Kontraktion des Uterus nicht bewirkt werden. Hier griff man schliesslich zum letzten Hilfsmittel, zur Scheiden-Uterustamponade und verbrachte die Pat. in die Klinik, wo sie sich nach einigen Tagen wieder ziemlich erholt hatte. Temperatursteigerung wurde in wenigen Fällen beobachtet, so nach Ausräumen einer Placenta succenturiata und einer Placenta membranacea. In einem einzigen Fall trat nach manueller Ausräumung Endometritis auf.

Nach Geburt der Placenta wegen atonischer Nachblutung wurde die Poliklinik in 151 Fällen zu Hilfe gerufen. 63mal genügte die innerliche Verabreichung von Ergotin (0,5 pr. dos.) und Massage des Uterus, um denselben zu dauernder Kontraktion zu veranlassen. 62mal mussten Injektionen von heisser Lysollösung in das Uteruskavum zu Hilfe genommen werden und ausserdem 6mal zur Tamponade geschritten werden. 20 Fälle waren mit Retention von Eihautresten verbunden; bei diesen war die Temperatur etwas erhöht. Nach Entfernung der Reste und Ausspülung ging auch hier die Temperatur zur Norm zurück. In einem Falle war die Poliklinik zu spät gerufen worden. Bei ihrem Eintreffen war bei der Pat. der Exitus infolge Anämie schon eingetreten.

Riss der Nabelschnur wurde zweimal bei Partus praecipitatus beobachtet. Hier wurde die Placenta ein-

mal nach dem Credé'schen Handgriff, einmal manuell entfernt.

Scheiden-Dammrisse kamen 185 mal in Behandlung, Cervixrisse 8 mal, je 6 mal Frenulum- und Clitorisrisse. Sämtliche Risse wurden durch Seidenknopfnähte vereinigt und heilten fast alle per primam, nur bei wenigen war eine Sekundärnaht erforderlich.

Von der Gesamtzahl der Gebärenden, bei denen operative Eingriffe nötig waren (ausgenommen in der Nachgeburtsperiode) entfallen auf

I. parae	125	VI. parae	33	XI. parae	1
II. „	60	VII. „	20	XII. „	3
III. „	50	VIII. „	25	XIII. „	2
IV. „	32	IX. „	5	XVI. „	1
V. „	28	X. „	5	XX. „	1

das Verhältnis der Erst-, Mehr- und Vielgebärenden ist also das von 125 : 170 : 96 = 1,3 : 1.76 ; 1.

Geboren wurden 433 Früchte, darunter 42 Doppelfrüchte; lebend wurden geboren 433, tot kamen zur Welt oder starben alsbald nach der Geburt 87; somit beträgt der Verlust 20 %.

Die Stellung zur Geburt variiert, von den Zwillingen abgesehen, in folgender Weise:

I. Schädellage 122
II. Schädellage 72
I. Vorderhauptslage 3
II. Vorderhauptslage 7
I. Vorderscheitelbeineinstellung 3
II. Vorderscheitelbeineinstellung 1
I. Hinterscheitelbeineinstellung 3
I. Gesichtslage 4
II. Gesichtslage 1

I. Querlage 32 } darunter eine habituelle Querl.
II. Querlage 28 }
Vollkommene Fusslage 15
Unvollkommene Fusslage 12
I. Steisslage 46
II. Steisslage 39.

Zusammenstellung mit den von der Klinik beobachteten Spontangeburten ergibt dann für die einzelnen Lagen folgende Zahlen:

I. Schädellage	210
II. Schädellage	128
I. Gesichtslage	12
II. Gesichtslage	4
I. Vorderhauptslage	4
II. Vorderhauptslage	9
I. Vorderscheitelbeineinstellung	3
II. Vorderscheitelbeineinstellung	1
I. Hinterscheitelbeineinstellung	3
I. Querlage	34
II. Querlage	28
I. Steisslage	49
II. Steisslage	39
Vollkommene Fusslage	15
Unvollkommene Fusslage	12
Verschleppte Querlage	6

Zwischen Schädel-, Quer- und Steiss-, resp. Fusslagen besteht also hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens folgendes Verhältnis:

374 : 62 : 119 = 6,03 : 1 : 2,0. Die Schädellagen stellen 67,3 % aller Lagen überhaupt dar.

Von 689 Parturientes, sei es, dass die Geburt spontan erfolgte oder durch Kunsthilfe, waren:

I.	para 191	IX.	para 8
II.	„ 84	X.	„ 8
III.	„ 62	XI.	„ 4
IV.	„ 45	XII.	„ 7
V.	„ 38	XIII.	„ 2
VI.	„ 42	XVI.	„ 1
VII.	„ 26	XX.	„ 1
VIII.	„ 33		

Zwischen Erst-, Mehr- und Vielgebärenden besteht also folgendes Zahlenverhältnis: 191:229:132 = 1,45:1,73:1.

Geboren wurden im ganzen 596 Früchte. Davon waren tot oder starben kurze Zeit nach der Geburt 117. Der Gesamtverlust an Kindern beträgt also 19,6%. Von 46 Zwillingsgeburten erforderten 42 Kunsthilfe; und zwar wurde die innere Wendung mit anschliessender Extraktion in 15 Fällen, Forceps in 4, Extraktion in Beckenendlagen 8mal, Veit Smellie in 12 Fällen, äussere Wendung auf den Kopf und kombinierte Wendung auf den Kopf je einmal nötig. Die Blase musste 5mal künstlich gesprengt werden.

In Bezug auf die Lage beider Früchte waren fast sämtliche Kombinationen vertreten; so wurden bei der ersten Frucht beobachtet:

Fusslagen 8mal
Schädellagen 14mal
Steisslagen 7mal
Vorderhauptslagen 1mal
Querlage 1mal,

bei der zweiten Frucht:

I.	Querlage	4mal
II.	Querlage	12 „
	Schädellage	8 „
	Steisslage	5 „
	Fusslage	6 „

und zwar 4 vollkommene u. 2 unvollkommene Fusslagen.

Geboren wurden 84 Früchte; davon waren tot oder starben kurz nach der Geburt 8. Frühreif waren 4, davon 2 maceriert (im IV. Monat der Schwangerschaft). Die zweite Zwillingsfrühgeburt (V. Monat) hatte für das erstgeborene Kind nach zwei Stunden, für das zweitgeborene nach 24 Stunden den Exitus zur Folge. Das Wochenbett verlief bis auf einen Fall normal. Es handelt sich um ein V. para. Sämtliche vorausgegangenen Geburten waren normal; am dritten Tag nach jetziger Geburt (kombinierte Wendung auf den Kopf) starb die Wöchnerin an Thrombophlebitis.

Besondere Vorkommnisse bildeten während der Schwangerschaft oder im Verlauf der Geburt eingetretene Komplikationen; so von interkurrierenden Krankheiten:

Nephritis in graviditate. Kam 10mal in Behandlung; die Geburt, die am normalen Ende der Schwangerschaft stattfand, wurde durch die Erkrankung nicht beeinträchtigt. In vier Fällen wurde die Gebärende zur besseren Beobachtung in die Klinik transferiert.

Wegen Eklamsie wurde die Poliklinik in 6 Fällen angerufen. Dieselbe trat auf im IX., VI., VII., V—VI. und V. Monat, und einmal post partum. In allen Fällen wurden die Patientinnen in die Klinik überführt, wo die im 7. Schwangerschaftsmonat stehende III. p. ad exitum kam, während die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde.

Überführung in die Klinik zur Weiterbehandlung resp. Operation wurde ferner veranlasst bei 4 Fällen von Extrauteringravidität; bei zweien derselben war bereits Ruptur eingetreten; dann bei einem allgemein verengten Becken. In der Klinik wurde die hohe Zange angelegt und das Kind nach ausgedehnter Episiotomie extrahiert. Ferner gab noch ein Vitium cordis in der Schwangerschaft Gelegenheit zur Aufnahme in die Klinik zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Tympania uteri gab 7mal Veranlassung zum Eingreifen. In den einzelnen Fällen war die Temperatur bis 38,5, 39,0, sogar bis 40 angestiegen. Nach Ausspülung mit Lysollösung wurde in drei Fällen sofort zur Perforation und Kranioklasie der Frucht geschritten, einmal die kombinierte Wendung und zweimal die innere Wendung auf den Fuss gemacht, woran sich sofort die Extraktion anschloss; einmal wurde die Parturiens zur Weiterbehandlung in die Klinik transferiert. Nur in einem Falle konnte ein lebendes Kind entwickelt werden. An die künstliche Entleerung des Uterus schloss sich jedesmal eine Ausspülung des Uterus an. Das Wochenbett verlief normal bis auf einen Fall, in dem sich eine typische Pyaemie mit Schüttelfrösten und Gelenkschmerzen entwickelte. Nach reichlicher Darreichung von Credéschen Pillen war Patientin nach 21 Tagen fieberfrei und genesen.

Ein Fall von Sepsis acutissima sei hier in seinem ganzen Verlauf angeführt.

Fr. Lehrer S., 42 Jahre alt, XII. p. Sämtliche früheren Geburten waren spontan, ohne ärztliche Hilfe, vor sich gegangen. Die letzte erfolgte vor vier Jahren. Seit dieser Zeit will Patientin stets Schmerzen in den Knochen gehabt haben. Sie gibt von selbst an, dass sie kleiner geworden sei. Die letzte Zeit der Schwangerschaft brachte Patientin im Bett zu. Ärztliche Hilfe wird nicht hinzugezogen. Die Schwangerschaft befindet sich am normalen Ende; die ersten Wehen am 28. IV.; Wasserabgang am 29. Ein am nächsten Tag zugezogener Arzt findet ein osteomalacisch verändertes Becken und Schwellung der grossen Labie rechts. Auf seine Veranlassung wird Patientin in das Krankenhaus nach Schweinfurt überführt und die Poliklinik W. zu Hilfe gerufen. Befund: Sehr elend und kachektisch aussehende

Frau; Puls 160—170, sehr klein. Temp. 38,3. Atmung beschleunigt. Leib spitz vorgetrieben, typischer Spitzbauch; Symphyse schnabelförmig. Druck auf die Knochen sehr schmerzhaft. Uterus ist fest kontrahiert, sodass sich die Lage des Kindes nicht feststellen lässt. Die Herztöne sind links unterhalb des Nabels hörbar, beschleunigt. Es besteht keine Tympanie. Äussere Genitalien sind blauschwarz verfärbt, ödematös, besonders ist die rechte grosse Labie stark aufgetrieben. Scheide ist weit; der Kopf steht in der Beckenweite, ohne starke Kopfgeschwulst, kleine Fontanelle links; der obere Teil des Schambogens ist so eng, dass man zwei Finger nicht nebeneinander einführen kann. Die Entfernung zwischen den beiden Sitzbeinhöckern beträgt vier Querfinger. Die Spinae ossis ischii springen stark vor, das Kreuzbein ist leicht hackenförmig eingebogen. Die Kopfknochen sind relativ weich. Nach einer tiefen seitlichen Incision links Anlegung der Zange im linken schrägen Durchmesser. Die Extraktion gestaltet sich schwierig, doch leichter als erwartet. Dabei entsteht ein kleiner Dammriss. Die Entwicklung des Rumpfes geschieht ohne besondere Schwierigkeit. Kind ist tief asyhyktisch, die Augen sind knopfartig aus den Höhlen getrieben; kann nicht wieder belebt werden. Placenta wird vollständig exprimiert; keine besondere Blutung. Incision und Dammriss werden sofort vernäht, worauf die leichte Blutung steht. Die ganze Operation dauerte etwa eine Viertelstunde. Die Narkose mit Chloroform bei geringem Verbrauch war gut. Etwa 10 Minuten nach Entfernung des Chloroforms wird der Puls plötzlich schlechter und die Atmung oberflächlich. Patientin stirbt ohne besondere Erscheinungen, trotz reichlichst angewandter Analeptika.

Wegen Hyperemesis gravidarum wurde die Poliklinik in einem Falle gerufen. Es handelte sich um eine

VI. p., die schon fünf normale Geburten durchgemacht hatte, deren Perioden immer unregelmässig waren. Schon bei ihren früheren Schwangerschaften hatte sie angeblich längere Zeit unter öfters wiederkehrendem Erbrechen zu leiden. Jetzt im zweiten Schwangerschaftsmonat stehend hat sie seit acht Tagen anhaltendes Erbrechen, das sich stets steigert. Nach Regelung der Ernährung und Verabreichung von Bromnatrium hört das Erbrechen auf.

Durch annormalen Bau des Uterus wurden Querlagen und infolgedessen innere geburtshilfliche Eingriffe veranlasst in 4 Fällen von Uterus bicornis. Einmal musste hier bei verschleppter Querlage die Dekapitation, einmal die kombinierte Wendung auf den Fuss und zweimal die innere Wendung vorgenommen werden.

Spontane Uterus ruptur kam 7mal zur Beobachtung. Bei zwei Fällen nur ist ein günstiger Ausgang zu verzeichnen, in den fünf andern Fällen konnte der Exitus nicht hintangehalten werden.

Nach einer durch innere Wendung aus I. Querlage korrigierten Geburt trat eine kolossale Blutung auf. Innere Untersuchung ergibt Cervixriss und Uterusruptur. Nach sofortiger Tamponade wird Part. in die Klinik verbracht, wo sich eine Para-Peri- und Endometritis puerperalis anschliessen. Nach einiger Zeit ist jedoch die Patientin wiederhergestellt.

Fr. S. III p. 36 Jahre alt. Die erste Geburt erfolgte spontan, die zweite war eine Frühgeburt. Gegenwärtige Schwangerschaft befindet sich am normalen Ende. Blase wurde durch die Hebamme künstlich gesprengt. Seit einigen Stunden keine Wehen mehr. Mässiger Blutabgang. Part. wird in die Klinik überführt. Dort wird die Entwicklung des Kindes mit der Zange vorgenommen. Das Kind ist sehr stark entwickelt, tot. Nach der Entbindung wird die Totalexstirpation des Uterus

gemacht. Nachblutung am dritten Tage nach der Operation führt den Exitus herbei.

Fr. E. K., V. p., 37 Jahre alt. Die vorausgehenden Geburten waren normal. Die jetzige Schwangerschaft verlief normal und befindet sich am normalen Ende. Seit 14 Tagen bekam Patientin geschwollene Beine; diese Schwellungen will sie auch bei den vorigen Geburten gehabt haben.

Morgens 2 Uhr war die Blase gesprungen, um 5 Uhr setzten starke Druckwehen ein, die bis $11^3/_4$ h. dauern; alsdann plötzlicher Nachlass der Wehen. Die Bewegungen des Kindes sind mit Schmerzen für die Mutter verbunden. Nach Eintreffen der Poliklinik wird sofort die Zange angelegt und ein totes Kind extrahiert. Gleich nach dem Austritt des Kopfes quillt eine Menge geronnenes Blut aus der Vulva. Uterus kontrahiert sich gut und steht mit dem Fundus unterhalb des Nabels. Die Blutung dauert fort, der Puls wird kleiner. Der Credé'sche Handgriff misslingt; dabei ist auffallend, dass der Fundus uteri 3—4 Querfingerbreit über der Symphyse steht. Beim Versuch der manuellen Lösung treten unter verstärkter Blutung Symptome akuter Anämie auf. Nach Uterusmassage, Cognak-Wasser-Klystier und Kochsalzinfusion hebt sich der Puls wieder, die Schleimhäute röten sich und das Allgemeinbefinden ist leidlich. Bei einem abermaligen Eingehen in den Uterus fällt es auf, dass die innere Hand der Nabelschnur nachgehend nach links hin viel höher hinaufgehen kann, als von der äusseren Hand der Fundus uteri gefühlt wird. Genaue Abtastung ergibt eine Rissstelle der linken Uteruskante. Man fühlt deutlich die durch den Riss hindurchgesteckten Finger unter der vorderen Bauchdecke. Transferierung der Wöchnerin in die Klinik mit sofortiger Laparotomie. Trotzdem letztere bei verhältnismässig gutem Allgemeinbefinden vor-

genommen wird, tritt bei der Patientin doch der Exitus ein. Im Harn wurde Albumen gefunden.

Fr. H., Bäckersfrau, III. p., 26 J. alt, hatte vor 17 Tagen eine von der Poliklinik geleitete Geburt durchgemacht. Das Kind lag in II. Querlage und war durch innere Wendung auf den Fuss und Extraktion entbunden worden. Das Kind war tief asphyktisch, wurde aber wieder belebt. Placenta wurde spontan geboren, Uterus kontrahierte sich kräftig und Blutung bestand keine. Abends wurde wiederum wegen Blutung die Poliklinik gerufen. Wöchnerin war sehr anämisch, Puls klein, Uterus stand sehr hoch; Part. hatte Ohnmachtsanfälle und grosses Schlafbedürfnis. In der Scheide fanden sich zwei faustgrosse Blutkugeln. Analeptika und eine Kochsalzinfusion hoben den Puls wieder etwas. Der Uterus hatte sich jetzt bis zum Beckeneingang zurückgezogen. Als Ursache der Blutung wurde ein Cervixriss vermutet.

Am 17. Tage nach der Geburt hat sich nun Part. vollkommen erholt und verlässt zum erstenmal das Bett; plötzlich bekommt sie eine sehr heftige Blutung, die jedoch beim Eintreffen des Arztes steht. Deshalb wird zunächst abgewartet. Nach einigen Stunden wird sodann nach gründlicher Desinfektion eine innere Untersuchung vorgenommen. Dieselbe ergibt, dass der Cervix links vollständig eingerissen ist und zwar erstreckt sich der Riss bis ins Parametrium. Da es zur Zeit nicht mehr blutet, wird Bettruhe angeordnet, heisse Ausspülung gemacht und Sekale verabreicht. Am nächsten Tag abermals profuse Blutung. Neuerdings ergibt innere Untersuchung rechts oberhalb des Cervixrisses eine Längsfissur in der Uteruswand. Die Blutung scheint von hier ausgegangen zu sein. Der Uterus wird tamponiert. Am darauffolgenden Tage setzen plötzlich Schüttelfröste mit Temperatursteigerung bis 40,2 ein. Patientin wird in die

Klinik gebracht, wo der Tampon entfernt wird. Sofort bricht wieder eine profuse arterielle Blutung los. Darauf wird die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, dabei ergibt sich, dass ein grosses uterines Gefäss angerissen ist. Der Exitus trat am nächsten Tage ein infolge Anaemia universalis.

Im 5. Fall handelte es sich um eine 39 Jahre alte Frau, die schon 13mal geboren hatte. Jetzige Schwangerschaft befindet sich am normalen Ende. Kindslage ist Querlage mit Schultervorfall. Da die Frucht aber stark entwickelt ist, so muss man, gleichwohl es sich um ein maceriertes Kind handelt, von einer spontanen Entwicklung (duplicato corpore) absehen. Es wird deshalb der Arm herabgeschlagen und angeschlungen, sodann die Wendung auf den Fuss gemacht und das weitere der Natur überlassen. Durch kräftige Wehen tritt der Fuss immer tiefer in die Vulva, bis schliesslich bei einer besonders kraftvollen Wehe das ganze Kind mit einem Ruck herausgeschleudert wird; dabei kommt ein tiefer Scheidendammriss zustande. Innere Untersuchung durch den herbeigerufenen Arzt ergibt, dass sich der Riss bis weit hinauf in den Uterus erstreckt und dass dadurch die Bauchhöhle eröffnet ist. Es besteht offenbar eine innere Blutung. Der ganze Uterus und die Scheide werden mit Jodoformgaze tamponiert und nach Überführung in die Klinik die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. An allgemeiner Anämie tritt sodann der Exitus ein. Die Frucht war ein stark entwickelter Anencephalus.

Fr. V., Gärtnersfrau, 31 J., IV. p., hat drei normale Geburten durchgemacht. Jetzige Schwangerschaft befindet sich am normalen Ende. Die ersten Wehen traten am 17. III. vorm. auf. Beim Eintreffen der Hebamme ist die Blase bereits gesprungen. Von nachmittags 4 h. ab hörten die Wehen fast ganz auf, nachdem dieselben

bisher sehr gut waren, und es ging fortwährend etwas Blut ab. Die Kreissende widersetzte sich der Berufung eines Arztes mit der Begründung, die Geburt habe noch immer so lange gedauert. Abends 8 Uhr schickte die Hebamme nun doch um poliklinische Hilfe, da das Kind quer liege und es immer noch aus den Genitalien blutete.

Befund: Patientin ist nicht besonders kollabiert, doch klagt sie fortwährend über Schmerzen im Leib, obwohl gar keine Wehen bestehen. Puls 107, Temperatur normal, Zunge feucht. Der Leib ist stark aufgetrieben, unter der stellenweise sehr dünnen Bauchdecke fühlt man den querliegenden Rumpf des Kindes. Die Füsse liegen rechts, der Kopf ist nicht deutlich fühlbar; er liegt unter dem linken Rippenbogen. In der rechten Weichengegend ist ein faustgrosser, harter Körper, der kontrahierte, leere Uterus zu fühlen. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Die Blutung dauert fort. Die nach Desinfektion der äusseren Genitalien und der Scheide eingeführte Hand findet einen handbreiten Riss im Uterus, der sich bis in die rechte Tube erstreckt. Die Hand gelangt mit einiger Schwierigkeit zu dem zwischen den Därmen liegenden kindlichen Körper. Beide Füsse werden erfasst, durch den Riss in die Vulva gezogen und langsam entwickelt. Schulterbreite und Kopf machen einige Schwierigkeit. Placenta folgt auf Zug an der Nabelschnur ohne weiteres; sie lag ebenfalls in der freien Bauchhöhle. Die Scheide wird nun mit Sublimatwatte sorgfältig ausgewischt und dann die Risswunde, in die sich die Därme nachgedrängt haben, mit Jodoformgaze tamponiert: auf gleiche Weise der Uterus und die Scheide. Sodann wird mittels Handtücher ein Kompressivverband um das ganze Abdomen gelegt. Der ganze Eingriff geschah ohne Narkose. Part. ist bei Bewusstsein und nicht

beängstigend kollabiert, der Puls ist leidlich. Es werden in viertelstündigen Pausen Hoffmannstropfen verabreicht und ein Opiumsuppositorium gegeben. Am 5. Tage nach der Entbindung treten plötzlich stärkere Schmerzen im Leib auf, Patientin kann trotz Opium nicht schlafen; der Puls wird immer kleiner und schliesslich ganz unfühlbar, die Temperatur sinkt auf 35,0 und kurze Zeit darauf tritt der Exitus ein. Obduktionsbefund: Peritonitis fibrinosa.

Nur in einem Falle von inkompletter Uterusruptur war ein für die Mutter günstiger Ausgang zu verzeichnen. Trotz kolossaler Blutung traten keine Collapserscheinungen auf und die Patientin hatte sich nach vier Wochen wieder erholt.

Hydramnion geringeren und stärkeren Grades hatte die Poliklinik in 10 Fällen Gelegenheit zu beobachten. In sämtlichen Fällen handelte es sich um Mehrgebärende. Die Erscheinungen bestanden in mehr oder weniger starker Ausdehnung des Uterus mit Fluktuationsgefühl. Dreimal zeigte sich Hydramnion bei Zwillingsschwangerschaften, wovon sich ein Fall durch seine Grösse besonders auszeichnete. Hier betrug der Inhalt ungefähr 10 l. Dreimal wurde nach Sprengung der Blase die innere Wendung auf den Fuss gemacht, wobei einmal der Ellbogen vorgefallen war. In den ubrigen Fällen genügte mit einer einzigen Ausnahme die Sprengung der Blase, um die Geburt spontan zu Ende gehen zu lassen. Sämtliche Kinder bis auf einen Hydrocephalus lebten.

Wegen Nabelschnurvorfall wurde die Poliklinik in 39 Fällen gerufen. 9mal war die Nabelschnur bei verengtem Becken vorgefallen (S. Tabelle 28—35), darunter zweimal zugleich mit Extremitätenvorfall. Schädellage mit Nabelschnurvorfall wurde in 23 Fällen beobachtet, bei Querlage in 16; Zangenentbindungen wurden deshalb

dreimal gemacht. War bei Schädellagen die Nabelschnur schon pulslos, so wurde die Spontangeburt abgewartet, eventuell bei verengtem Becken die Perforation vorgenommen.

In 30 Fällen wurde ein lebendes Kind entwickelt. 8mal war die Frucht tot, einmal wurde dekapitiert.

Placenta praevia und tiefer Sitz der Placenta nahmen in 37 Fällen die Poliklinik in Anspruch. Von den geborenen Früchten waren 23 am Leben, 14 waren tot. Für die Mutter verlief die Geburt mit einer Ausnahme gut.

Frau Maria W., Kupferschmiedsfrau, 23 J. alt, I. p. hatte vom 4. Schwangerschaftsmonat an leichte Blutungen bekommen, die bei Bettruhe wieder zum Stehen kamen. Befund: Frau sieht äusserst anämisch aus, Puls weich, mittelkräftig; anämisches Herzgeräusch. Keine Wehen. Uterus entspricht dem X. Monat. Die Bauchdecken sind sehr straff gespannt, doch lässt sich durch die äussere Untersuchung I. Schädellage feststellen. Kopf steht beweglich über dem Becken. Die Herztöne des Kindes sind regelmässig und kräftig. Innere Untersuchung ergibt: der Muttermund ist gerade für einen Finger durchgängig und noch ziemlich dick. Im Muttermund ist deutlich Placentargewebe fühlbar. In Anbetracht der Wehenlosigkeit, der geringen Blutung und des engen Muttermundes wird die abnorm enge Scheide möglichst mit Jodoformgaze ausgestopft.

Am nächsten Tag $^1/_2$4 h. morgens hat die Frau mässige Wehen bekommen. Der Tampon ist durchgeblutet und lässt mässig Blut durchsickern. Der Tampon wird entfernt, worauf eine stärkere Blutung einsetzt. Der Muttermund ist nunmehr für zwei Finger durchgängig. In Narkose wird mit der Hand vollständig in die Scheide eingegangen und mit zwei Fingern die den Muttermund

vollständig überdeckende Placenta durchbohrt, wobei es stark blutet. Der Kopf wird zur Seite gedrängt und das ziemlich reichlich vorhandene Fruchtwasser läuft ab. Hierauf wird der Kopf leicht ins Becken imprimiert. Die Placenta verschwindet rings herum im Muttermund beim Tiefertreten des Kopfes. Derselbe schliesst jetzt das Becken vollkommen ab und die Blutung steht. Die Geburt wird sich jetzt selbst überlassen und zur Anregung besserer Wehen 4—8 Tropfen Ergotin Schatzkohlmann in halbstündigen Pausen verabreicht. Die kindlichen Herztöne, die nach dem Eingriff langsam und unregelmässig geworden waren, erhoben sich nicht wieder.

8 Uhr morgens. Die Frau sieht sehr schlecht aus und zeigt leichte Unruhe und Teilnahmslosigkeit. Geburt ist unter guten Wehen so weit fortgeschritten, dass der Kopf im Beckenausgang steht. Kindliche Herztöne sind nicht mehr zu hören. Da die Frau zu schwach ist, das Kind zu exprimieren, wird in Anbetracht des Allgemeinzustandes ohne Narkose der Forceps angelegt und langsam das tote Kind entwickelt. Dem Kinde folgt eine mässige Menge Mekonium und geronnenes Blut. Placenta wird wegen leichter Blutung durch Credé'schen Handgriff exprimiert und die Blutung steht. Alsbald folgt eine starke atonische Nachblutung, während deren die Frau zusehends kollabiert. Nach einer Uterusausspülung mit heisser Lysollösung ($^1/_4\%$) steht zwar die Blutung, der Uterus bleibt jedoch schlaff. Die Frau wird sehr unruhig, der Puls ist kaum mehr fühlbar, leicht dyspnoische Erscheinungen treten auf. Trotz zwei Spritzen Kampfer und Autotransfusion bessert sich das Befinden nicht. Rotweineinlauf wird nicht behalten. Die Atmung wird immer angestrengter. Mehrere Ätherinjektionen sind ohne jede Wirkung auf den Puls. Die Frau kollabiert immer mehr unter Herzkrämpfen und dyspnoischen Erscheinungen.

Um $^3/_4$10 Uhr schwindet das Bewusstsein. Puls ist nicht mehr fühlbar. Atemzüge sind vereinzelt und unregelmässig. Nach einigen Minuten tritt der Exitus ein.

Perforation des Kindes, eine verhältnismässig seltenere Operation wurde in 23 Fällen vorgenommen und zwar 3mal am lebendigen, 20mal am toten Kind. Für diese Fälle war die Indikation zu diesem Eingriff gegeben in dem räumlichen Missverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Schädel, sei es, dass dadurch die Geburt erheblich erschwert oder überhaupt unmöglich gemacht wurde; schliesslich erschien bei abnormer Enge der mütterlichen Weichteile dieses Entbindungsverfahren als das nächstliegende und zugleich schonendste. Der Erfolg war ein durchaus günstiger, irgendwelche Folgeerscheinungen traten nicht auf. Einige Fälle mögen wegen ihrer mannigfachen Komplikationen genauer berichtet werden.

Es handelt sich zunächst um eine 28 Jahre VI. p. Die früheren Geburten waren normal. Wegen Querlage wird ärztliche Hilfe angerufen. Befund: der Leib ist stark aufgetrieben, zeigt exquisite Fluktuation. Der Kopf des Kindes ist links zu fühlen, er ballotiert stark. Die übrigen Teile können nicht abgetastet werden wegen des vielen Fruchtwassers, und da die Harnblase, welche sich äusserlich als kindskopfgrosser Tumor anfühlt, extrem gefüllt ist. Nachdem der Urin abgenommen ist, stellen sich starke Wehen ein, die Eiblase wird im Introitus gefühlt und springt nach kurzer Zeit bei der Desinfektion. Bei der kombinierten Untersuchung zeigt sich, dass der Kopf vorliegt und aussergewöhnlich gross ist. Ein kleines Segment desselben ist im Beckeneingang abtastbar und zwar fühlt man links eine Fontanelle, anscheinend die grosse. Die Kopfhaut ist prall elastisch vorgewölbt. Ausserdem ist die Pfeilnaht zu fühlen, welche auffallend

breit ist. Nach alledem kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich um Hydramnion und Hydrocephalus dreht, zumal sich die Frau erst im VII. Schwangerschaftsmonat befindet. Die Herztöne des Kindes sind nach Blasensprung sehr schlecht geworden. Sofort nach Fruchtwasserabfluss tritt eine heftige Blutung auf, die gewiss auf teilweise gelöste, deutlich abtastbare, links liegende Placenta zurückzuführen ist. Die Untersuchung mit voller Hand bestätigt die Diagnose eines grossen Hydrocephalus. Man fühlt die Fluktuation im Kopf des Kindes. Es wird daher im Interesse der Mutter die Perforation vorgenommen. Bei derselben entleert sich reichlich Liquor cerebri spinalis. Die Entwicklung mit dem Cranioklasten gelingt darauf ohne Schwierigkeit. Darauf stellt sich starke Blutung ein, infolge vollständiger Atonie des Uterus. Vergebens werden heisse Uteruseinläufe gemacht und Ergotin gegeben. Nachdem auch die Expression nach Credé nicht gelingt, muss die Placenta, obwohl sie schon zum Teil im Introitus sichtbar ist, manuell gelöst werden. Dieselbe ist stark adhärent in der linken Tubenecke und kann nur in Fetzen herausbefördert werden. Dabei ergibt sich zugleich, dass der Uterus bikorne Gestalt hat und ausserdem kann in der vorderen Wand ein intramuskuläres Myom palpiert werden. Uterus kontrahiert sich jetzt gut. Im Kopf des Kindes, aus dem sich keine Spur von Gehirn entleerte, liegt dasselbe platt gedrückt auf der Basis Kranii. Im Urin lässt sich Eiweiss nachweisen.

Christine O., 25 J. alt, VI. p., hat 4 normale Geburten durchgemacht und einmal einen Abort, einmal Gesichtslage mit Wendung. Eine sehr schwache und anämische Frau. Kind ist in I. Schädellage mit unbeweglich über dem Becken stehendem Kopf, oberhalb des Nabels markiert sich deutlich ein schräg verlaufender

Kontraktionsring. Betastung des ungemein gedehnten untern Segmentes ist sehr schmerzhaft. Wehen sind seit 15 Stunden vorhanden, waren zuerst sehr stark, jetzt schwach. Indes ist ein leichter Tetanus vorhanden. Im verstrichenen Muttermund liegt das Gesicht voll vor und rechts vom Gesicht ist der Arm in die Scheide vorgefallen. Die kindlichen Herztöne sind sehr schwach. Die Hand reagiert nicht. Um das Kind zu retten, wird in leichter Chloroformnarkose vorsichtig ein Wendungsversuch gemacht, der indes nicht gelingt, da es zu gewagt erscheint, zur Erfassung des Fusses mit der Hand zu hoch hinaufzugehen. Daher wird davon Abstand genommen und die Perforation beschlossen in Anbetracht der drohenden Ruptur; der Uterus legt sich jetzt nämlich enorm fest um die eingeführte Hand. Extraktionsversuch mit dem Cranioklasten muss aufgegeben werden, da ein Knochenstück in die Scheidenwand schneidet. Die Extraktion gelingt mit der Boer'schen Zange. Darauf wird die Placenta exprimiert. Weiterer Verlauf ist normal.

In den weiteren Fällen, in denen das noch lebende Kind perforiert wurde, musste dieser Eingriff wegen Tympania uteri vorgenommen werden. Die Aussicht, ein lebendes Kind zu entwickeln, war eine sehr geringe, andererseits durfte mit der Entbindung, um nicht die Mutter in äusserste Lebensgefahr zu bringen, nicht länger gezögert werden. Nach der künstlichen Entleerung des Uterus war in beiden Fällen der Zustand der Mutter ein normaler.

Tetanus uteri kam noch in einem Falle in Behandlung kompliz. mit Tympanie. Es handelt sich um eine verschleppte Querlage bei einer 26 jährigen II. p. mit plattrhachitischem Becken. Vorsichtige innere Wendung gelingt, extrahiert wird ein Foetus maceratus. Wochenbettsverlauf normal.

Hysterie wurde einmal in der Schwangerschaft beobachtet und zwar im VII. Monat bei einer I. p. Leib sehr druckempfindlich; Ödeme sind nicht vorhanden. Will seit vier Tagen Krampfanfälle haben, wobei sie besinnungslos ist. Eine Aura soll vorher gehen. Wurde in die Klinik bestellt zur weiteren Beobachtung.

Besonderes Interesse bietet ein Fall von Suicidium durch Vergiftung, weil sehr dem Bilde der Eklampsie entsprechend.

C. W., ledige Verkäuferin, 24 J. alt, I. p. Beim Eintreffen der Poliklinik befindet sich die Kreissende in einem Zustand vollkommener Bewusstlosigkeit, verbunden mit tiefem, röchelnden Atmen, die Augen sind halb geöffnet, die Pupillen weit, starr nach oben gerichtet. Keine Spur von Pupillar- oder Lid-Reflex ist vorhanden. Das Gesicht ist etwas gedunsen und livid verfärbt. Nadelstiche werden nicht empfunden, auf Anrufen wird nicht reagiert. An den Lippen rechts oben und unten befindet sich eine kleine weissgelb verfärbte Stelle, die den Eindruck einer Ätzung macht. Zeitweise tritt auch Schaum vor den Mund, so dass die Part. auf den ersten Blick den Eindruck einer im Koma liegenden Eklamptischen macht. Der Zustand soll schon circa 2 Stunden dauern. Schon Tags vorher soll starkes Erbrechen bestanden und die Patientin sich im Bett vor Schmerzen hin- und hergeworfen haben. Pat. hatte ihren Zustand bisher verheimlicht und sich geäussert, sie werde sich mit Sublimatpastillen vergiften, bevor es zur Geburt komme.

Das Kind liegt in I. Schädellage. Der Befund entspricht dem Ende der Gravidität. Pfeilnaht steht im schrägen Durchmesser. Herztöne sind nicht zu hören. Da der Zustand der Mutter schleunige Entbindung fordert und mit Sicherheit anzunehmen ist, dass das Kind tot ist, so wird sofort die Perforation gemacht und ex-

trahiert. Placenta wird exprimiert; der Puls bessert sich etwas. Die Blutung dauert fort, deshalb werden Uterus und Scheide mit Jodoformgaze tamponiert. Der Exitus erfolgt ca. $1^1/_2$ Stunden nach der Entbindung im tiefsten Koma. Kind war normalgross und vollständig reif.

Decapitation erwies sich nur in einem Falle nötig. Bei Querlage war die Schulter schon ganz tief ins Becken eingetreten, Arm und Nabelschnur lagen in der Scheide. Kopf des Kindes lag links, der Hals war sehr leicht zu erreichen. Wendungsversuche scheiterten, weil der Uterus tetanisch kontrahiert war, und man infolge dessen nicht bis an den Steiss kommen konnte. Deshalb wurde der Kopf mit dem Schlüsselhaken abgedreht, was sich leicht bewerkstelligen liess, die Weichteile mit der Siebold'schen Schere durchtrennt und die Extraktion bewerkstelligt.

Foetus sanguinolenta wurden 10 geboren; unter diesen gab einer durch einen angeborenen Ascites für die Geburt ein schweres Hindernis. Hydrocephalen kamen drei zur Beobachtung.

Beckenanomalien verschiedenster Art kamen natürlich in grösserer Anzahl bei den verschiedensten Kindslagen zur Beobachtung. In nachstehenden Tabellen (Seite 28 bis 35, Tabelle I—IV) sind die Hauptgruppen der Beckenanomalien zusammengestellt. Zugleich ist der Verlauf der betreffenden Geburt, mit Benennung etwa notwendig gewordener operativer Eingriffe und der Verlauf für Mutter und Kind angegeben. Es enthalten diese Tabellen aber nur Beckenverengerungen I. u. II. Grades.

Tabelle I enthält die platt rhachitischen, Tab. II die einfach platten, Tab. III die allgemein verengten und Tab. IV die allgemein verengten platten Becken.

Art der Operationen		Zahl	Erstgeb.	Mehrgeb.
Zange		152	80	72
Indik.	Wehenschwäche	75	52	23
	Schlechte kindl. Herztöne	52	24	28
	Schwäche der Mutter	7	4	3
	Nabelschnurvorfall	3	—	3
	Tiefer Querstand	3	—	3
Wendung auf die Füsse durch innere Handgriffe		88	17	71
Indik.	Querlagen	56	8	50
	Schädellagen bei plattem Becken	18	2	16
	Gesichtslage mit Kinn nach hinten	1	—	1
	Stirnlage	1	—	1
	Nabelschnurvorfall	5	3	2
	Extremitätenvorfall	7	4	3
Wendung auf die Füsse durch kombin. Handgriffe		26	—	26
Placent praevia		18	—	18
Querlage		4	—	4
Schädellage mit Nabelschnurvorfall		4	—	4
Extraktion bei Beckenendlagen (mit anschliessender Armlösung und Kopfentwicklung)		22	7	15
Enge der mütterl. Weichteile		10	5	3
Enges Becken		2	1	1
Vorzeitiger Blasensprung		—	—	—
Schlechte Wehen		2	1	1
Schlechte kindl. Herztöne		8	—	8
Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes allein (Veit-Smelli)		88	19	69
Reposition von vorgefallenen Extremitäten		8	5	4
Perforation		23	3	20
„	des toten Kindes	19	2	17
„	des lebenden Kindes	4	1	3
Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe		4	—	4
Indikat. Querlage		4	—	4
Wendung auf den Kopf durch kombin. Handgriffe		1	—	1
Indik. Querlage				
Dekapitation		1	—	1
Symphyseotomie		1	1	—

Mutter		Kind		Wochenbett und Zusätze
Lebt	Tot	Lebt	Tot	
151	1	145	7	Das Wochenbett war normal in 124 Fällen; in 10 Fällen Temperatursteigerung über 38,0. 1 mal Mastitis suppurativa, 1 mal Endometritis puerper.
88	—	70	18	Wochenbett normal in 83 Fällen. 5 mal Temperatursteigerung über 38,0 ohne krankhafte Veränderung der Genitalien. Para und Endometritis einmal.
26	—	12	14	
22	—	17	5	
88	—	76	12	Wochenbett normal. Temperatursteigerung über 38.0 in zwei Fällen. Frühreife Kinder 6, unreife 4, Foetus sanguinolentus 4. 4 mal Temperatursteigerung über 38,0. Siehe Beckenanomalien Tabellen 1—4.
8	—	8	—	
23	—	—	23	
4	—	4	—	1 frühreifes Kind.
1	—	1	—	
1	—	—	1	Uterus bicornis.
—	1	1	—	Siehe Beckenanomalieen Tabelle I.

Tabelle

Lfde. No.	? p.	Conjug. ver.	Lage des Kindes
1.	II.	8¼	I. Schädellage mit Armvorfall.
2.	III.	8½	Vorderscheitelbeineinstellung.
3.	VI.	8¼	II. Schädellage.
4.	II.	8½	I. Querlage.
5.	II.	8½	II. Schädellage mit Nabelschnurvorfall.
6.	III.	8¼	I. Stirnlage mit Nabelschnur- und Handvorfall.
7.	VIII.	8¾	II. Hinterscheitelbeineinstellung.
8.	II.	8¼	I. Gesichtslage.
9.	III.	9	Abgewichene Schädellage.
10.	V.	8¾	Vorderscheitelbeineinstellung.
11.	II.	9	I. Schädellage mit Nabelschnurvorlage.
12.	IV.	8¼	I. Querlage.
13.	II.	8½	I. Vorderscheitelbeineinstellung mit Nabelschnurvorfall.
14.	I.	7¼	I. Schädellage.
15.	IV.	8¼	I. Querlage.
16.	I.	7¼	I. Querlage.
17.	I.	7½	I. Schädellage.
18.	III.	8¾	I. Schädellage mit Nabelschnurvorfall.
19.	V.	8½	I. Schädellage.
20.	V.	8¼	II. Querlage.
21.	V.	8½	II. Querlage mit Arm- und Handvorfall.

I.

Art der Geburt	Verlauf	
	Mutter	Kind
Spontan-Geburt nach Reposition des Armes.	lebt	reif u. lebt
Hohe Zange, doppelt angelegt.	l.	r. u. l.
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Kolpeurynter, innere Wendung.	Becken-ruptur	r. u. l.
Perforation und Kranioklasie.	l.	r. u. †
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Innere Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Nach misslungenem Zangen- u. Wendungsver-versuch Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Nach Wendung auf den Kopf Nabelschnurvor-fall, daher innere Wendung auf den Fuss und Extraktion.	l.	l. u. r. Fractura humeri
Zangen- und Wendungsversuch misslingt, daher Perforation.	l.	†
Kombinierte Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Wendung auf den Fuss und Extraktion.	l. Tym-pania uteri	†
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Symphyseotomie.	†	r. u. l.
Wendung auf den Fuss und Arme und Kopf-entwicklung.	l.	r. u. l.
Kolpeurynter, Wendung und Extraktion.	l.	†
Zange.	l.	†
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Zange.	l.	r. u. l.
Innere Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.

Tabelle

Lfde. No.	? p.	Conjug. ver.	Lage des Kindes
1.	V.	$8^3/_4$	Vorderscheitelbeineinstellung.
2.	V.	$8^3/_4$	Vorderscheitelbeineinstellung.
3.	V.	$9^1/_4$	Hinterscheitelbeineinstellung.
4.	III.	$8^1/_2$	II. Querlage.
5.	III.	$8^3/_4$	I. Abgewichene Schädellage.
6.	II.	9	I. Steisslage.
7.	V.	9	I. Vorderscheitelbeineinstellung.
8.	VII.	$8^1/_2$	I. Querlage.
9.	VI.	$8^3/_4$	I. Querlage.
10.	VII.	$8^1/_2$	II. Schädellage.
11.	VIII.	$9^1/_4$	II. Schädellage mit Armvorfall.
12.	IV.	$9^1/_4$	II. Gesichtslage.
13.	IV.	$8^3/_4$	II. Schädellage.
14.	V.	$9^1/_4$	II. Schädellage mit Nabelschnurvorfall.
15.	VI.	$9^1/_4$	I. Schädellage.
16.	VI.	$9^1/_4$	II. Schädellage.
17.	II.	$8^3/_4$	II. Schädellage.
18.	II.	$8^1/_2$	II. Steisslage.
19.	II.	$9^1/_4$	II. gemischte Knielage.
20.	V.	$8^1/_2$	I. Querlage mit Nabelschnur- u. Armvorfall.
21.	XII.	$8^1/_4$	II. Schädellage.
22.	VII.	$8^1/_2$	II. Schädellage.
23.	IV.	$8^1/_2$	II. Schädellage.

II.

Art der Geburt	Verlauf	
	Mutter	Kind
Nach misslungenem Zangen- und Wendungsversuch Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Breus'sche Achsenzugzange.	l.	r. u. l.
Breus'sche Achsenzugzange.	l.	r. u. l.
Wendung und Perforation des nachfolgenden Kopfes.	l.	†
Innere Wendung mit Blasensprengung.	l.	l. Fract. scap.
Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes.	l.	† Hydroceph.
Breus'sche Zange.	l.	r. u. l.
Wendung auf den Fuss und Extraktion.	l.	l. Schädelbasisfraktur.
Wendung auf den Fuss und Extraktion.	l.	r. u. l.
Kombinierte Wendung, Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes.	l.	†
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Breus'sche Zange.	l.	r. u. l.
Breus'sche Zange.	l.	r. u. l.
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Breus'sche Zange.	l.	r. u. l.
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l. Fraktur am Oberschenkel
Perforation.	l.	†
Extraktion am Fuss.	l.	r. u. l.
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Wendung und Extraktion.	l.	r. u. †
Kombinierte Wendung und Perforation des nachfolgenden Kopfes.	l.	†
Nach künstlicher Blasensprengung Zange.	l.	r. u. l.

Tabelle

Lfde. No.	? p.	Conjug. ver.	Lage des Kindes.
1.	IV.	$8^3/_4$	I. Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung.
2.	II.	$8^1/_2$	II. Schädellage mit Nabelschnurvorfall.
3.	I.		II. Schädellage, Vorderhauptslage.
4.	II.	$8^1/_4$	I. Gesichtslage.
5.	III.	9	Abgewichene Schädellage mit Nabelschnurvorfall nach Sprengung der Blase.
6.	I.	$8^1/_4$	I. Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung.
7.	II.	$8^3/_4$	I. abgewichene Schädellage.
8.	VII.	$8^1/_2$	II. Schädellage.
9.	II.	$7^1/_4$	I. Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung.
10.	I.	8	I. Schädellage.

Tabelle

Lfde. No.	? p.	Conjug. ver.	Lage des Kindes
1.	I.	$7^1/_2$	II. Querlage mit Vorfall beider Füsse u. einer Hand.
2.	I.	$8^1/_4$	I. Schädellage.
3.	VIII.	$8^1/_2$	II. Schädellage.
4.	I.		I. Querlage mit Armvorfall.
5.	VII.	$8^1/_4$	I. Schädellage.
6.	I.	$7^3/_4$	I. Schädellage.
7.	II.	$7^1/_4$	II. Schädellage.
8.	X.	$10^1/_4$	I. Schädellage.

III.

Art der Geburt	Ausgang	
	Mutter	Kind
Spontan-Geburt.	l.	r. u. l.
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Hohe Zange (Nägele)	l.	r. u. l.
Nach misslungenem Zangen- und Wendungsversuch Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Innere Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Kombinierte Wendung.	l. Cervixriss	r. u. l.
Kombinierte Wendung, Extraktion, Perforation des nachfolgenden Kopfes.	l.	†
Innere Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.
Zange.	l.	†

IV.

Art der Geburt.	Verlauf	
	Mutter	Kind
Extraktion nach Wendung auf den Fuss	l.	r. u. l.
Spontane Geburt.	l.	r. u. l.
Wendung.	l.	r. u. l.
Kolpeurynter, Extraktion am heruntergeholten Fuss.	l.	r. u. l.
Wendung auf den Fuss, Extraktion.	l.	r. u. l.
Perforation und Kranioklasie.	l.	†
Wendung und Extraktion.	l.	†
Prophylaktische Wendung und Extraktion.	l.	r. u. l.

Wegen Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft d. h. zu Aborten wurde die Hilfe der Poliklinik in 392 Fällen in Anspruch genommen. Diese verteilen sich auf die einzelnen Monate der Schwangerschaft in folgender Weise:

Mens	I.	8
„	II.	104
„	III.	120
„	IV.	50
„	V.	27
„	VI.	6
„	VII. . . .	2
„	I—II.	1
„	II—III. . .	11
„	III—IV. . .	4

Die weitaus grössere Mehrzahl der Fehlgeburten setzt sich also aus den im II. und III. Monat der Schwangerschaft vor sich gegangenen zusammen. Auf diese Monate entfallen allein 57,14 Prozent aller Fälle. Die wenigsten Aborte kamen im I. und VII. Monat vor. In 195 Fällen waren, soweit bekannt, sämtliche vorausgegangenen Geburten normal. Erstgebärende abortierten 27 an der Zahl. In sämtlichen anderen Fällen waren der Fehlgeburt schon Aborte vorausgegangen, ferner Zangenentbindungen, Wendungen, Frühgeburten (spontan und künstlich) manuelle Placentalösungen. Nur in ganz wenigen Fällen konnte eine Ursache des Abortes nachgewiesen werden. Nur in 10 Fällen wurden Erkrankungen der Mutter bekannt und mussten als die die Frucht schädigenden Ursachen angesprochen werden. So kamen zur Beobachtung: Uterusmyom 2, abgelaufene Metritis 1, Typhoid 1, Lues 4, Pneumonie und Erysipel je 1 mal. Abortus imminentes wurden in 34 Fällen konstatiert. Von diesen konnten durch Bettruhe und Verabreichung von Opiumtinktur 15

aufgehalten werden. 7mal gelang dies nur mit Zuhilfenahme der Tamponade. Trotz Tamponade steht die Blutung nicht in 8 Fällen. Diese werden ausgeräumt und die Uteruswand mit der Curette abgeschabt. 4mal erfolgt die Entleerung des Uterus spontan.

In der grossen Mehrzahl der Fälle war beim Eintreffen der poliklinischen Hilfe das Ei schon spontan ausgestossen und in dem gewöhnlich für einen Finger durchgängigen Cervix waren noch Placenta resp. Decidna ganz oder teilweise zu fühlen. Diese wurden mit dem Finger gelöst und herausbefördert in 232 Fällen. 30 mal schloss sich daran nach Ausspülung des Uterus das Curettement an. In 43 Fällen war beim Eintreffen des Arztes der Abort schon beendet, indem nach spontanem Austritt des Uterusinhaltes die Blutung stand.

Der Erfolg der Abortusbehandlung war durchweg ein günstiger. Todesfälle kamen im ganzen 5 vor. In drei Fällen wurde die Hilfe der Poliklinik zu spät angerufen. Beim Eintreffen des Arztes waren die Abortierenden infolge des starken Blutverlustes fast schon pulslos; trotz sofortiger manueller Ausräumung des Uterus und Verabreichen von Analepticis, trotz Infusion von physiologischer Kochsalzlösung konnte der Exitus letalis infolge allgemeiner Anämie nicht hintangehalten werden. In einem Falle wurde erst ärztliche Hilfe angerufen, nachdem die Abortierende bereits 10 Tage geblutet hatte. Nach Verbringung in die Klinik trat der Tod nach einigen Tagen an Sepsis ein. Eine andere Abortierende starb am Tage nach der Ausräumung an Phthisis pulmonum.

In einigen wenigen Fällen wurde nach dem Abort Temperatursteigerung beobachtet, einmal bis 39,6. Nach einigen desinfizierenden Ausspülungen ging aber in allen Fällen die Temperatur zur Norm zurück. Septische Aborte mit Fieber bis 39,8 kamen 2 in Behandlung. Nach hin-

reichender Ausspülung mit Lysollösung, manueller Ausräumung des Uterus eventuell unter Zuhilfenahme der Curette und nochmaliger Ausspülung trat auch hier nach einigen Tagen Entfiebrung ein.

Zwillingsaborte wurden 4 mal beobachtet. Der Foetus war in zwei Fällen maceriert. Die Untersuchung der Eihäute und der Placenta ergab soweit sie noch einer Besichtigung zugängig waren, mehrfach Anomalien verschiedener Art.

Bei vier Abortierenden gelangten Blasenmolen zur Beobachtung. Die Behandlung bestand in manueller Ausräumung, Curettement und Spülung.

Von Wochenbettserkrankungen enthält das vorliegende Material 97 Fälle, in denen die ärztliche Hilfe nach spontan verlaufener, normaler Geburt gerufen wurde. Als Grenze zwischen normalem und anormalem Wochenbett ist der 38. Wärmegrad angenommen, so dass jeder Fall, in dem eine Temperatursteigerung über 38,0° beobachtet wurde, zu diese Gruppe gezählt wird. In 68 Fällen konnte eine ausgesprochene Erkrankung der Genitalien konstatiert werden, und zwar:

an Endometritis puerperalis 53,
an Parametritis 9,
an Perimetritis 6.
an Mastitis suppurativa 2,
an Pelveoperitonitis gonorrhoica 1,
an Salpingitis chronic. 1 mal.

Zwei Fälle von Endometritis waren mit Albuminurie verbunden, 11 waren nach spontan verlaufenem Abort aufgetreten. Thrombophlebitis wurde 4 mal in Behandlung genommen. Sepsis puerperalis wurde in 2 Fällen, bei denen nach Fehlgeburt die Erkrankung eintrat, zur Heilung gebracht. In zwei weiteren Fällen trat der Exitus ein. Eine Wöchnerin, I. p., 21 J. alt, starb an Urämie.

Sektionsbefund ergab Pneumonia bilateralis incipiens, Nephritis, Intumescentia lienis infectiosa. Geburt war vor 6 Wochen spontan verlaufen. Wöchnerin stand darauf in ärztlicher Behandlung wegen Parametritis und Nephritis. Poliklinische Hilfe wurde wegen Krämpfen in Anspruch genommen. Pat. hatte bei Ankunft des poliklinischen Arztes die heftigsten urämischen Anfälle; vollständige Somnolenz; Puls frequent und schwach; Temperatur 41,5. Im Urin. fand sich reichlich Eiweiss. Es wurde zunächst eine Morphiuminjektion gegeben und alle zwei Stunden die Patientin in ein heisses Bad gebracht. Darauf hebt sich der Puls etwas, jedoch bleibt die Somnolenz bestehen. Abends steigt die Temperatur auf 42,5. Nach einem kalten Bad geht die Temperatur auf 37,2 zurück. Seit 12 Stunden war kein Anfall mehr aufgetreten; jedoch zeigen sich von Seite des Herzens vermehrte Schwächeerscheinungen, die Atmung ist sehr schwer und geräuschvoll. Am nächsten Mittag tritt der Exitus ein.

In 18 Fällen von Temperatursteigerung konnte keine Veränderung der Genitalien als Ursache erkannt werden. Der anormale Zustand der Wöchnerin war hier nur eine längere oder kürzere Zeit bestehende Temperaturerhöhung ohne Störung des Allgemeinbefindens; nur einige klagten über schmerzhafte Nachwehen.

Ein einziges Mal hatte die Poliklinik Gelegenheit eine schwere Eklampsie in Behandlung zu nehmen.

F. F., Schriftsetzersfrau, I. p., 24 Jahre alt, hatte während der Schwangerschaft öfters über Kopfweh, Erbrechen und Schwindelgefühl zu klagen gehabt. Am 26. IV. erfolgte nachmitt. 4 Uhr spontane Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes. Temperatur nach der Entbindung 36,5. Allgemeinbefinden gut. Urin wird spontan gelassen. Nachts 11 Uhr erster eklamptischer

Anfall; morgens 4 h. ein zweiter, dem weitere folgen. Morgens 7 h. in Anwesenheit des Arztes erfolgt ein typischer eklamptischer Anfall. Pupillen sind reaktionslos; Patientin liegt im tiefsten Koma; Puls ruhig, regelmässig (84). Urin ist während der Nacht mehrmals gelassen worden; enthält reichlich Eiweiss, hyaline und Epithel-Zylinder. Es wird sofort eine Morphiuminjektion (0,02) gegeben, heisse Einwicklungen gemacht, und per os Wildunger Wasser eingeführt. Nachmitt. 1 h. sind weitere 6 Anfälle erfolgt. Patientin ist nicht wieder zum Bewusstsein gekommen. Temperatur 39,2. Puls 140. Auf die Einwirkungen erfolgt starker Schweissausbruch. Morph. 0,02 und weitere nasse Einpackungen. Um 3 h. und 4 h. weitere Morphiumdosen von 0,01. Um 5 h. erfolgt sodann der letzte Anfall. Abends Temperatur 38,3. Puls 180. Über der ganzen Lunge hört man grossblasige Rasselgeräusche. Vornahme eines Venae sectio der Vena media dextra, aus der ungefähr 400 ccm Blut entnommen werden. Darauf wird die Atmung freier. Die Patientin verfällt in einen ruhigen Schlaf von $1\frac{1}{2}$ stündiger Dauer. Abends 7 h. vollständige Entfiebrung; Puls 120. Um 8 h. abends nochmals 0,01 Morphium und gleichzeitig eine Spritze Kampferöl. Die Nacht über ist die Patientin ruhig und schläft einige Stunden. Im wachen Zustand ist sie bei vollem Bewusstsein, hat grosses Flüssigkeitsbedürfnis. Am 28. IV. vormittags ist die Temperatur 36,8; nachmittags 36,3. Puls 104. Patientin fühlt sich abgesehen von grosser Müdigkeit wohl. Auch in den nächsten Tagen bleibt die Temperatur normal; die Rasselgeräusche auf der Lunge verschwinden, Urin wird eiweissfrei und die Patientin ist genesen.

Einen tötlichen Ausgang nahmen dagegen zwei Erkrankungen an Thrompophlebitis.

M. K., 29jährige, IX. p., klagt am 3. Tage nach

normaler Geburt über Schmerzen im Leib und Kopf. Lochien sind nicht fötid. Am linken Oberschenkel zeigt sich eine gerötete, druckempfindliche etwa handtellergrosse Stelle. Auf dieselbe wird zunächst ein Eisbeutel appliziert. Am nächsten Tage d. 3. d. Mts. dehnt sich die Stelle aus und wird ödematös. Die Oberfläche ist an einzelnen Stellen schwärzlich verfärbt. Am 4. hat das Ödem am Schenkel zugenommen und erstreckt sich bis an das Knie. Auch am rechten Fussgelenk zeigt sich jetzt eine ähnliche Stelle und am Daumenballen entwickelt sich eine druckempfindliche Partie. Die Lochien sind noch immer nicht fötid. Patientin ist ziemlich apathisch. Puls klein und rasch. Analeptika werden verabreicht. Am nächsten Tag liegt Patientin fast vollkommen bewusstlos da, der Puls ist kaum mehr zu fühlen. Nachmittags erfolgt der Exitus.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Zwillingsgeburt einer 30jährigen V. p., bei der nach kombinierter Wendung auf den Kopf zur Beendigung der Geburt des zweiten Kindes, und manueller Placentalösung der Zustand der Wöchnerin normal war. Am 5. Tage nach der Geburt stieg die Temperatur auf 38,1, Puls 100. Der Uterus ist noch ziemlich gross. Im rechten Parametrium ist eine verdickte und druckempfindliche Partie (Eis, Sekale). Am 6. Tage hat Patientin noch etwas Schmerzen im Leib. Nachmittags wird sie von ihren Angehörigen, die das Bett machen wollen, auf einen Stuhl gesetzt: unmittelbar darauf bekommt sie stechende Schmerzen auf der Brust, Atemnot, Collapserscheinungen und der Exitus tritt ein in kürzester Zeit. Die Obduktion ergibt an der Teilungsstelle der Pulmonalarterie einen 4 cm langen fingerdicken Embolus, welcher die rechte Arterie vollständig, die linke fast vollständig verschliesst.

Vulvitis puerperalis, eine verhältnismässig häufige

Erkrankung im Wochenbett, kam nur in 14 Fällen zur Behandlung. Fieber bestand in diesen mit einer leichten Schwellung der Vulva einhergehenden Erkrankungen meist nicht oder war doch nur unerheblich. Fötide Lochien, bedingt durch Puerperalgeschwüre, waren immer vorhanden. Die immer zur Heilung führende Behandlung bestand gewöhnlich in äusserer Abspülung, Einlegung eines Gazestreifens in die Vulva und Bestreuung der Geschwüre mit Jodoform.

Die Gesamtmortalität der Wöchnerinnen sowohl derjenigen, bei denen die Poliklinik die Geburt resp. den Abort leitete oder bei denen sie zur Nachgeburtsperiode resp. im Wochenbett zugezogen wurde, beträgt 1,4%.

Die Todesursachen waren:

1mal Placenta praevia,

4mal Sepsis puerperalis,

1mal Pneumonia crouposa,

1mal Suicidium durch Vergiftung,

5mal Anämie nach Placentalösung resp. Abortausräumung,

1mal Phthisis pulmonum bei Abort,

2mal Eklampsie, einmal während der künstlichen Frühgeburt,

1mal Urämie und Tympania uteri,

2mal Trombophlebitis,

5mal Uterusruptur,

1mal Embolie nach manueller Placentaausräumung,

1mal Nephritis, Degeneratio cordis.

Wegen Erkrankung der Genitalien wurde die Poliklinik in 80 Fällen angerufen. Carcinoma cervicis wurde 8mal diagnosticiert, 3 Patientinnen wurden zum Zwecke der Operation in die Klinik aufgenommen, die 5 andern wurden, weil aussichtslos, einer Operation nicht unterworfen. Lageveränderungen des Uterus wurden in 14

Fällen korrigiert. Blutungen gaben Veranlassung zum Eingreifen 1 mal nach Lösung eines eingewachsenen Pessars, 2 mal bei Cervixpolypen, 6 mal bei myomata uteri, 5 mal bei geplatzten Scheidenvaricen, 6 mal bei Menorrhagia menstrualis, 2 mal bei klimakterischen Beschwerden. Entzündungen des Peri-, Para- und Endometriums wurden 10 mal behandelt, einmal Phlegmasia alba, Oophoritis und Perisalpingitis je zweimal.

In einer grösseren Anzahl von Fällen wurden Erkrankungen festgestellt, die mehr das Gebiet der inneren Medizin berührten oder rein chirurgische Behandlung erforderten. In diesen Fällen wurden die Patientinnen den entsprechenden Kliniken zugewiesen.

Am Schlusse dieser Arbeit gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer,

Herrn Univ.-Professor Dr. **Hofmeier,**

für die freundliche Überlassung der Arbeit und gütige Übernahme des Referates herzlichen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Heinrich Christ, geboren am 7. Januar 1877 zu Höhn, als Sohn des Volksschul-Lehrers Jos. Christ, besuchte zu Zimmern die Volksschule, die Lateinschule zu Lohr, das k. Neue Gymnasium zu Würzburg und bezog im Herbst 1897 die Universität Würzburg, wo er sich im Sommersemester 1902 der ärztlichen Staatsprüfung unterzog.